



FAXER AU 514 523-2913

1851, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec H2K 4L5

T. : 514 523-2121 F : 514 526-9147

www.legerradiologie.qc.ca

2^e étage
(suite 201) Radiologie générale | Scan
Échographie | Ostéodensitométrie
Résonance magnétique
(Après 17 h : 3^e étage, bureau 16)

3^e étage
(suite 310) Imagerie du sein
Mammographie
Échographie du sein
Accrédité PQDCS

☐ **Rayon-X** spécifiez :

☐ **Examens spéciaux**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mesure membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Série articulaire |
| <input type="checkbox"/> Infiltration : | <input type="checkbox"/> Série métastatique |
| <input type="checkbox"/> | |

☐ **Ostéodensitométrie** (La RAMQ couvre un seul examen par année)

Date du dernier examen :

☐ **Mammographie** (La patiente doit apporter ses mammographies antérieures)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dépistage 40 ans et plus | <input type="checkbox"/> Diagnostique |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Cochez si vous désirez que nous complétions l'investigation suite à la mammographie.
(Cl. magnifiées, échographie ou biopsie mammaire. - Nous communiquerons avec votre patiente afin de lui donner un rendez-vous pour les examens requis. Vous recevrez par la suite les résultats des examens effectués.) | |

☐ **Échographie**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominale | <input type="checkbox"/> Seins |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Abdominale et pelvienne | <input type="checkbox"/> Testicules |
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} Trimestre (moins de 12 sem.) | <input type="checkbox"/> Membres..... |
| <input type="checkbox"/> Doppler..... | <input type="checkbox"/> Tissus mous |

**REPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO ET LE FAXER
(RECTO-VERSO) AU 514 523-2790**

☒ **Tomodensitométrie** (Scan) ☐ **Résonance magnétique**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveau (incluant fosse post.) | <input checked="" type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Colonoscopie virtuelle |
| <input type="checkbox"/> Sinus (massif facial) | <input checked="" type="checkbox"/> Pelvien | <input type="checkbox"/> Score calcique |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes | <input checked="" type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Colonne | | |
| <input type="checkbox"/> Ostéo-articulaire : | | |

Médecin référent : Médico-Centre Médical

N^o téléphone : 4689, Papineau

Adresse : Montréal, Québec

Tél.: 514 521-5555

Fax: 514 521-0951

KTATA, OUALID (M.) Homme

KTA074100510 (10-2022)

Né(e): 1974/10/05 (47a), Ø CV Dr Benhaddad, Abdellif (08008

765 MONTPETIT, LONGUEUIL, Québec, Canada, J4L1K3

Tel: (514) 296-8858

1/2 argent

Date de prescription :

☐ Urgent

☐ Rapport préliminaire

Renseignements cliniques

57 47as,

*ATCD : 2017
Adenopathie
abdominale
Appendicite*

Contrôle sup.

(supplémentaire / Hémodiagnostic, en 2018)

☐ Allergie :

Estampe du médecin référent

Dr. A Ben Haddad

Lic. : 1080084

Heures d'ouverture - Lundi au vendredi : 8h00 à 16h30 - Samedi : 9h00 à 14h00, Rayon-X uniquement

Les heures d'ouverture peuvent varier. S.V.P. téléphoner avant de vous présenter à la clinique.

IMPORTANT

- Vous pouvez prendre vos **médicaments** avec un minimum d'eau jusqu'à deux heures avant votre examen. (sauf pour comprimé de calcium)
- Apportez cette feuille le jour de l'examen et votre carte d'assurance maladie. (vérifiez la date d'expiration)
- Veuillez apporter vos images sur CD et copie des rapports antérieurs.
- Si vous êtes enceinte, veuillez en aviser la technologue avant votre examen.



INSTRUCTIONS

OSTÉODENSITOMÉTRIE : vous ne devez pas subir d'examens avec baryum ou en médecine nucléaire 2 semaines avant l'examen.
 Ne pas prendre de comprimés de calcium 24 heures avant l'examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE : à jeun 6 heures avant l'examen (sans boire, ni manger).

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE : vous pouvez boire et manger normalement.

- Vous devez avoir terminé de boire 750 ml d'eau 1 heure avant le début de l'examen.
- Ne pas uriner avant votre examen.

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE : à jeun 6 heures avant l'examen (sans boire, ni manger).

- Pour l'échographie pelvienne, une heure avant l'examen, buvez 750 ml d'eau et ne pas uriner.

CT-SCAN : à jeun depuis au moins 4 heures (si injection). Veuillez apporter vos images sur CD et copie des rapports antérieurs.

QUESTIONNAIRE POUR TOMODENSITOMÉTRIE - CT-SCAN ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE AVEC INJECTION (À être complété par le médecin traitant.)

Facteurs de risque d'insuffisance rénale :

Diabète : ☐ oui ☐ non

Allergie :

Patient(e) de 60 ans et plus : ☐ oui ☐ non

— S.V.P. Rappeler à votre patient d'apporter ses images sur CD
et copie des rapports antérieurs. —

Créatinine (si possible) : date :

QUESTIONNAIRE POUR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SEULEMENT (À être complété par le médecin traitant.)

OUI NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clip sur anévrisme ou sur malformation artério-veineuse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimulateur cardiaque |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implant cochléaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pontage coronarien (le patient doit apporter une radiographie pulmonaire effectuée après la chirurgie, sinon elle sera faite à la clinique.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blessure par corps étranger métallique aux yeux. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La patiente est-elle enceinte (Nombre de semaines.....) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poids supérieur à 155 kg (350 livres) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobie |

— S.V.P. Rappeler à votre patient d'apporter ses images sur CD
et copie des rapports antérieurs —

X

Signature du médecin

Date

X

Signature du patient

Date